

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 50

SUR UN PROCÉDÉ

DE

Périnéoraphie par Autoplastie cutanée

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Avril 1927

PAR

Raymond IMBERT

INTERNE DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

Né à Montpellier, le 29 juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs

de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président*.

JEANBRAU, professeur.

ETIENNE, agrégé.

LAPEYRE, agrégé

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE EMMANUEL MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1927

SUR UN PROCÉDÉ
DE
PÉRINÉORAPHIE PAR AUTOPLASTIE CUTANÉE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 50

SUR UN PROCÉDÉ

DE

Périnéoraphie par Autoplastie cutanée

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Avril 1927

PAR

Raymond IMBERT

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

Né à Montpellier, le 29 juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président*.
JEANBRAU, professeur.
ETIENNE, agrégé.
LAPEYRE, agrégé

Assesseurs.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE EMMANUEL MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....
Histologie
Physiologie
Chimie biologique et et médicale.....
Physique médicale
Botanique et histoire naturelle médicales....
Anatomie pathologique
Microbiologie
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale et clinique propédeutique.
Thérapeutique et matière médicale.....
Hygiène
Médecine légale et médecine sociale.....
Clinique médicale
Clinique chirurgicale
Clinique obstétricale
Clinique des maladies mentales et nerveuses..
Clinique ophtalmologique
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....
Clinique gynécologique
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Clinique des maladies des voies urinaires.....
Pharmacologie (ch. de c.).....
Matière médicale (ch. de c.).....
Clinique propédeutique de chirurgie(ch. de c.)..

MM. GILIS.
VIALLETON
E. HEDON.
DERRIEN.
PECH.
N...
GRYNFELT
LISBONNE.
BOSC.
RIMBAUD.
VIRE.
BERTIN-SANS
GAUSSEL.
DUCAMP.
VEDEL.
FORGUE, <i>assesseur</i>
ESTOR.
P. DELMAS.
EUZIERE, <i>doyen</i>
TRUC.
LEENHARDT.
MASSABAU.
DE ROUVILLE.
MOURET.
JEANBRAU.
GALAVIELLE.
CABANNES.
RICHE.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET

Professeurs honoraires :

MM. RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET et GRANEL

Secrétaire honoraire : M. IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie
Clinique propédeutique de chirurgie
Histologie
Physiologie
Chimie appliquée à la clinique.....
Médecine opératoire.....
Pathologie externe
Pathologie chirurgicale et expérimentale.....
Accouchements
Pathologie médicale
Pharmacologie.....
Matière médicale
Hydrologie et climatologie.....
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.
Clinique des maladies des vieillards.....
Stomatologie.....

MM. J. DELMAS
RICHE, prof.
TURCHINI.
L. HEDON.
CRISTOL
SOUBEYRAN.
ETIENNE.
LAPEYRE.
COLL DE CARRERA.
GIRAUD.
GALAVIELLE, prof.
CABANNES, prof.
GIRAUD.
MARGAROT.
BOUDET.
WATON

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Agrégés en exercice

Médecine ...	} MM. MARGAROT.	Ophtalmologie	VILLARD.
		Anatomie ...	J. DELMAS.
		Chimie. ...	N...
		Histologie ..	TURCHINI.
Chirurgie ...	} MM. ETIENNE.	Obstétrique ..	COLL DE CARRERA
		Physique ...	LAMARQUE
		Physiologie .	L. HEDON.

Examineurs de la thèse:

MM. FORGUE, professeur, <i>Président</i> .		MM. ETIENNE, agrégé.
JEANBRAU, professeur.		LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE LE DOCTEUR LEON IMBERT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE

CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE MADAME CH. LEBLANC

A MA TANTE MADEMOISELLE ELISE LEBLANC

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND'PÈRE
MONSIEUR CH. LEBLANC

A MON ONCLE HENRI IMBERT

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE MONTPELLIER

ET A SA FAMILLE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

ARMAND IMBERT

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER
ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANBRAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE UROLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER
CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER
MONSIEUR LE PROFESSEUR COSTA
MONSIEUR LE PROFESSEUR CASSOUTE
MONSIEUR LE PROFESSEUR SILHOL
MONSIEUR LE DOCTEUR JUGE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MONSIEUR LE DOCTEUR J. POUCEL
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MONSIEUR LE DOCTEUR DE VERNEJOL
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNE
DERMATOLOGISTE DES HOPITAUX
MONSIEUR LE DOCTEUR BOURDE
PROFESSEUR SUPPLÉANT A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MONSIEUR LE DOCTEUR PÉRIOT
PROFESSEUR SUPPLÉANT A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
MÉDECIN DES HOPITAUX
MONSIEUR LE DOCTEUR PETIT
MÉDECIN DES HOPITAUX
A LA MÉMOIRE
DE MONSIEUR LE PROFESSEUR ODDO

AVANT-PROPOS

Avant de gravir le dernier échelon qui doit transformer l'étudiant que je suis encore, en médecin que je serai demain, qu'il me soit permis d'évoquer un instant le passé. J'y retrouve les physionomies rajeunies de mes camarades et surtout de mes aînés, qui m'ont aidé de leurs conseils et ont formé mon esprit à la rude discipline intellectuelle des concours. Beaucoup d'entre eux sont actuellement consacrés jeunes maîtres.

A Joseph Berthier, médecin des hôpitaux, qui m'a préparé à l'externat;

Au docteur Louis Hayem, chirurgien des hôpitaux;

Au docteur Gaston, médecin des hôpitaux;

Au docteur Jean Cottalorda, chef de clinique à l'Ecole de Médecine;

qui m'ont préparé à l'internat, s'adresse aujourd'hui toute ma reconnaissance. Qu'ils soient remerciés pour avoir, fidèles à leur parole, tenu le serment d'Hippocrate.

Je tiens également à remercier M. le Docteur R. de Vernejoul, chirurgien des hôpitaux, dont j'ai été l'interne, et qui m'a permis de publier dans cette thèse ses observations personnelles.

R. I.

SUR UN PROCÉDÉ

DE

Périnéoraphie par Autoplastie cutanée

NOTIONS PRÉLIMINAIRES

Les déchirures du périnée sont fréquentes à la suite des accouchements : 35 % pour les primipares, 10 % pour les multipares ; je laisse de côté les déchirures qui succèdent à d'autres traumatismes et qui sont, au contraire, exceptionnelles.

Il est de bons procédés classiques pour les réparer : soit que, à la manière des accoucheurs, on pratique, séance tenante, les sutures nécessaires, soit que, comme il arrive plutôt aux chirurgiens, on soit appelé à intervenir pour des déchirures cicatrisées.

La réparation immédiate obstétricale passe pour une excellente opération. Si je m'en rapporte aux cas que j'ai pu suivre, et surtout aux observations que j'ai pu lire ou entendre citer, je vois qu'en principe elle est toujours pratiquée, qu'elle est de règle courante. Nombre de nos maîtres ne sont cependant pas de cet avis, et nous nous demandons, avec eux, si une intervention retardée, mais faite dans de bonnes conditions, n'est pas, en somme, préférable à une suture immédiate. L'accoucheur se trouve,

en effet, dans des conditions ordinairement médiocres (matériel souvent rudimentaire, insuffisance des moyens, facteurs de septicité dus à la malade et au milieu, absence d'aides).

Il y a lieu, cependant, de réserver une mention spéciale aux simples déchirures muco-cutanées. La vulve est alors simplement « éculée », et quelques points de suture extemporanés sont tout à fait de circonstance. Lecène et Leriche pensent que, hormis ces cas, la réparation immédiate de toutes les autres déchirures incomplètes et complètes du périnée n'est pas souhaitable. La périnéoraphie, disent-ils, exige des conditions d'asepsie et une technique aussi parfaites que toute autre intervention. C'est plan par plan que l'on doit progresser, faute de quoi l'insuccès guette l'opérateur. Et il arrive que nombre de périnéoraphies faites immédiatement après l'accouchement ont abouti à des périnées fragiles, faits uniquement de peau, et sans grand profit pour la malade.

J'ajoute qu'un succès opératoire répare bien les dégâts du passé, mais ne met guère d'obstacle à ceux que peut éventuellement produire un accouchement ultérieur. Aucune statistique sur ce point; du moins, n'en ai-je pas trouvé dans les traités que j'ai consultés à ce sujet; mais bien des accoucheurs pensent qu'une première déchirure, même traitée correctement par la réparation immédiate, expose à la récédive.

Plus tard, la réparation de la brèche deviendra bien une véritable opération, mais l'avivement des surfaces cicatricielles, l'affrontement minutieux, les sutures séparées du muscle releveur de l'anus et du sphincter seront effectués dans les conditions les meilleures et les chances de guérison solide seront plus grandes.

Enfin, j'attirerai l'attention sur les déchirures dites

compliquées ou complexes, c'est-à-dire dans lesquelles la fente dépasse la zone ano-vulvaire pour atteindre la cloison recto-vaginale. Ces malades présentent parfois un vrai cloaque. Ce sont les plus mauvais cas, ceux qui donnent la plus grande proportion d'échecs. Il faut, en effet, dédoubler ce qui reste de la cloison recto-vaginale et isoler, par deux sutures séparées, le cylindre rectal et le cylindre vaginal; mais ces sutures sont bien voisines, les tissus sont bien minces et de bien médiocre qualité; un seul plan de suture est possible sur chaque muqueuse; l'échec d'un seul point de cet unique plan est une cause sûre de récurrence; celle-ci est fréquente. C'est pour ces déchirures que Pozzi a imaginé et appliqué son procédé de mobilisation du rectum.

De ces cas exceptionnellement difficiles, je rapproche les simples fistules ano-vulvaires ou recto-vaginales avec périnée en apparence intact ou presque; le passage des matières par le vagin n'est ici qu'intermittent, soit au moment de la défécation, soit même lorsque le besoin commence à se faire sentir. Ces lésions n'en deviennent pas moins fort incommodes pour les malades. Au point de vue opératoire, elles présentent de grosses difficultés et, par suite, d'importantes causes d'échecs.

Comme on le verra plus loin, c'est précisément dans ces cas difficiles — déchirures compliquées ou fistules recto-vaginales — que notre procédé donne des résultats supérieurs à ceux que l'on peut obtenir avec les procédés classiques; c'est donc cette variété de lésions que j'envisagerai surtout dans ce travail.

* * *

J'ajoute encore un mot sur les *rapports de la déchirure*

périnéale avec le prolapsus génital. Il ne faut pas confondre l'un et l'autre, mais il faut reconnaître que le second accompagne souvent la première: souvent, mais pas toujours, et l'on voit couramment des malades qui ne souffrent que de la déchirure. Contre la combinaison des deux, la périnéoraphie, ordinairement indispensable, est rarement suffisante; les débats de l'un des derniers Congrès de Chirurgie ont montré que tous les chirurgiens ont alors recours à une opération combinée. Cela prouve bien l'insuffisance de la voie périnéale. Le procédé que nous décrivons dans la suite de ce travail ne maintient pas mieux que les autres un utérus prolabé. Cependant, il nous a paru que les prolapsus légers du premier degré trouvaient un utile soutien dans notre lambeau autoplastique.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Je m'excuse de rappeler, au début de cette étude, quelques notions d'anatomie sur le périnée. Elles nous aideront, par la suite, à fixer certains points d'une terminologie quelquefois un peu vague, et certains détails de technique.

La définition anatomique du périnée est la suivante, d'après Poirier :

« C'est l'ensemble des parties molles qui, soit directement, soit indirectement, unissent aux parois du petit bassin l'extrémité inférieure des voies digestive, génitale et urinaire. »

Il y a pour les déchirures du périnée une zone d'élection à peu près toujours en cause. Elle se trouve, par sa situation et par sa structure même, la plus exposée à ce genre de lésion. Qui dit déchirure du périnée dit, en effet, déchirure située dans la région comprise entre la fourchette en avant et l'anus en arrière.

Cette zone constitue le « *corps périnéal* » des accoucheurs. Il est de forme pyramidale à base inférieure. Il est essentiellement formé, au-dessus de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, par l'intrication de trois muscles : le constricteur de la vulve en avant, le sphincter externe de l'anus en arrière et le transverse superficiel du périnée au centre. « Cette masse musculaire se prolonge en s'effilant en forme de coin entre le rectum et

le vagin, jusqu'au point où passe sur la face postérieure du vagin le faisceau du releveur de l'anus, si bien mis en évidence par le Professeur Farabeuf. » (Auvray.) [V. fig. 1,]

Les fibres musculaires de cette région forment une sorte de sangle à tout l'appareil génital et rectal, sangle d'autant plus efficace que l'adhérence est plus intime entre les deux formations.

Ce corps périnéal se continue en haut par une formation cellulaire plus ou moins lâche. La paroi antérieure du rectum est presque au contact avec la paroi postérieure du vagin, dont elle n'est séparée que par cette formation. C'est la cloison recto-vaginale. Ce terme est peut-être impropre, car « les deux conduits n'associent leur paroi pour former une cloison commune, qu'au niveau du raphé, carrefour des insertions des transverse, constricteur vulvaire et sphincter externe; plus haut et jusqu'au cul-de-sac péritonéal, un tissu cellulaire lâche est interposé entre le rectum et le vagin ». (Gérard.)

De ces divers éléments, les plus exposés à la déchirure sont ordinairement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; mais les plus importants sont les masses musculaires, et notamment le sphincter. Que le plan cutané puisse se rompre sans que l'intégrité du plan musculaire soit atteinte, il est facile de le concevoir; mais on voit aussi l'inverse se produire; la peau est assez élastique pour céder sans se rompre; plus profondément le releveur de l'anus, on le devine, peut être moins souple et céder; il arrive donc que, sans déchirure de la peau, le sphincter externe vienne à se rompre, bien qu'il ne soit pas directement intéressé dans le mécanisme de l'accouchement. Cette forme assez spéciale de rupture périnéale est bien connue des accoucheurs; par contre, les traités

de chirurgie ne la signalent parfois que d'une façon incidente; il nous a paru utile de la citer à cette place. Il s'en suit d'abord que l'on ne repoussera pas le diagnostic de rupture du périnée pour la seule raison que les téguments sont intacts, et *a fortiori*, qu'il y aura toujours lieu, dans ces cas d'intégrité des téguments, de chercher, par les moyens que j'indiquerai plus loin, si le sphincter anal est resté intact.

LES RUPTURES DU PÉRINÉE ET LEURS FORMES ANATOMO-CLINIQUES

Une déchirure du périnée apparaît sous la forme d'une large fente partant de la fourchette en direction de l'anus. Elle est généralement paramédiane gauche. Il est classique de diviser ces déchirures en *complètes* et *incomplètes*, suivant qu'elles se prolongent ou non jusqu'à l'orifice anal. Les déchirures complètes peuvent être, à leur tour, soit *compliquées* ou *totales*, soit *simples*, suivant que la cloison recto-vaginale est ou n'est pas touchée.

Cette classification a le défaut de n'envisager que les apparences, c'est-à-dire les lésions superficielles; elle ne tient pas compte des ruptures musculaires, qui sont, dans bien des cas, le facteur essentiel de l'infirmité. L'exemple suivant fera mieux comprendre notre pensée.

On se trouve, en effet, parfois, en présence d'une déchirure périnéale partant de la fourchette et aboutissant à l'anus, faisant communiquer apparemment la vulve et l'anus. C'est donc une rupture complète. Cependant, si nous poursuivons notre examen, et si nous faisons un toucher rectal combiné à un toucher vaginal, nous constatons l'intégrité du sphincter de l'anus. Cette déchirure, qui, extérieurement, a tous les caractères d'une déchirure complète, est donc, en réalité, incomplète, puisqu'elle respecte la continuité de ce muscle; or, c'est bien la rupture

sphinctérienne qui fait la gravité symptomatique et opératoire des déchirures complètes.

Je reviendrai ultérieurement sur cette question en proposant une classification légèrement différente de la classification habituelle.

A côté des déchirures incomplètes et complètes du périnée, je désirerais attirer l'attention sur une variété de déchirures dont j'ai dit un mot dans le court chapitre consacré à l'anatomie de la région. Je veux parler de la déchirure *interstitielle*. Cliniquement, elle se traduit par un affaiblissement, une diminution de hauteur du périnée qui permet de soupçonner l'existence de ruptures musculaires sous-cutanées. Le sphincter de l'anus cède parfois le premier, sans qu'on puisse trop expliquer pourquoi. Ce muscle, qui ne joue aucun rôle dans le mécanisme de l'accouchement, devrait être moins exposé qu'un autre. Sans doute, cède-t-il aux pressions qu'il subit.

Enfin, pour être complet, citons les déchirures *centrales* du périnée, avec intégrité de la fourchette et de l'anus. Cette variété est à peu près exclusivement connue des accoucheurs.

La classification habituelle des déchirures du périnée peut, en somme, être résumée dans le tableau suivant:

- A) *Déchirures incomplètes*;
- B) *Déchirures complètes* (simples, totales ou compliquées);
- C) *Déchirures interstitielles*;
- D) *Déchirures centrales*.

Nous proposons de modifier légèrement cette classification et de la mettre plus en rapport avec les réalités de l'examen clinique et avec les nécessités de la technique opératoire; d'autre part, nous laissons de côté les déchirures centrales, qui n'intéressent guère les chirurgiens, et

qui s'éloignent de notre sujet, puisqu'on ne les observe guère à l'état de ruptures anciennes et cicatrisées.

La première variété comprend la *rupture interstitielle* proprement dite: le périnée conserve à peu près sa longueur normale; on ne voit pas de déchirure; seul le toucher combiné recto-vaginal permet de se rendre compte que la lésion existe en réalité et même qu'elle est sérieuse, puisqu'elle a détruit la partie antérieure de l'anneau sphinctérien. Ce sont des femmes qui se plaignent d'incontinence intermittente, alors que, en apparence, le périnée est intact; les matières liquides ne sont pas retenues.

La rupture sphinctérienne se voit quelquefois dans la variété suivante (ruptures incomplètes); ici encore, le double toucher renseignera seul sur son existence; dans l'un et l'autre cas, l'essentiel est la réparation du sphincter.

La deuxième variété, la plus nombreuse, est celle des *déchirures incomplètes* (fig 1, a); les techniques opératoires classiques donnent, avec elles de bons résultats; elles sont caractérisées, anatomiquement, par l'absence de rupture du sphincter et, cliniquement, par ce fait que le périnée, ou, pour mieux dire, l'espace ano-vulvaire, est diminué de hauteur, mais persiste. Il ne faut jamais oublier, dans ces cas, de rechercher, comme je viens de le dire, l'intégrité du sphincter. On y pensera surtout quand la malade accusera de l'incontinence intermittente. Mais, en général, dans cette variété, seul le pont périnéal antérieur a sauté; l'orifice vaginal est un peu agrandi, le corps périnéal est, en grande partie, respecté.

La troisième variété, celle de la *rupture complète*, comprend divers degrés, ainsi que je l'ai déjà dit.

Le premier degré (*déchirure extra-sphinctérienne*) renferme les cas les plus simples, ceux dont j'ai parlé plus



FIG. 1. — Schéma indiquant les divers degrés de rupture périnéale :
a) Déchirure incomplète ; *b*) Déchirure complète sans rupture du sphincter anal (déchirure extra-sphinctérienne) ; *c*) Déchirure complète avec rupture partielle du sphincter (déchirure transsphinctérienne) ; *d*) Déchirure complète du périnée et du sphincter (déchirure intrasphinctérienne) ; *e*) déchirure compliquée ou complexe.

haut; la rupture n'est complète qu'en ce qui concerne les téguments, c'est-à-dire qu'elle a tous les caractères extérieurs d'une déchirure complète faisant communiquer les deux orifices vulvaire et anal; mais, par l'exploration du toucher combiné, on se rend compte que le corps périnéal est à peu près intact, que le bourrelet sphinctérien existe toujours (fig 1, *b*). Ce sont des malades qui n'ont aucune incontinence, même intermittente; elles guérissent par les procédés classiques, à peu près aussi bien que celles qui ont une déchirure incomplète.

Dans un deuxième degré (*déchirure transsphinctérienne*), la lésion a entamé le sphincter, mais d'une façon incomplète; il en persiste assez pour assurer la continence rectale, bien qu'il existe une fissure ano-vulvaire (fig 1, *c*); mais, au cours de la défécation, les matières passent en partie par la vulve; elles y passent même, en dehors de la défécation, quand elles sont liquides. La réparation commence à devenir difficile, et les opérations entreprises dans ce but sont susceptibles d'échouer. Comme je le dirai plus loin, notre procédé convient déjà aux cas de ce genre.

Enfin, dans un troisième degré (*déchirure intra-sphinctérienne*), la totalité du sphincter est rompue; la fissure pénètre jusque dans l'ampoule rectale; la communication n'est plus ano-vulvaire, mais recto-vaginale (fig 1, *d*); en conséquence, l'incontinence prend un autre caractère; elle n'est plus intermittente, mais constante, pour les matières liquides, et parfois même pour les solides. Ce sont de mauvais cas au point de vue chirurgical; ils sont difficiles à guérir; nous pensons que c'est à eux surtout que doit s'appliquer notre procédé, parce qu'il assure l'étanchéité de la suture.

On peut, enfin, faire un quatrième degré (*déchirure compliquée ou complexe* [fig 1, *e*]) des cas où la cloison

recto-vaginale elle-même a été plus ou moins largement détruite; ils bénéficient également de notre procédé. A cette forme peuvent se rattacher les fistules recto-vaginales, avec intégrité apparente du périnée.

Voici, résumée en un tableau, la classification que l'on vient de lire.

1° DÉCHIRURES INTERSTITIELLES, portant surtout sur le sphincter anal, sans lésion des téguments, par conséquent avec intégrité apparente du périnée.

2° DÉCHIRURES INCOMPLÈTES. La vulve se continue par une fente dirigée vers l'anus, mais n'atteint pas cet orifice. Ici encore peut se produire une rupture musculaire qui aggrave le pronostic et complique le traitement.

3° DÉCHIRURES COMPLÈTES. La fente périnéale unit la vulve et l'anus. Elle présente trois degrés :

a) Déchirure complète en surface, ou *extra-sphinctérienne*, c'est-à-dire ne portant que sur les téguments, le sphincter demeurant intact; cas faciles.

b) *Déchirure transsphinctérienne*. Le sphincter est en partie déchiré, en partie conservé.

c) *Déchirure intra-sphinctérienne*. Le sphincter est complètement rompu.

4° DÉCHIRURES COMPLEXES OU COMPLIQUÉES. La fente remonte plus ou moins haut sur la paroi recto-vaginale. Les fistules recto-vaginales en constituent, en somme, une variété.

LES CONDITIONS D'UNE BONNE PERINÉORAPHIE

On voit que plus la rupture est profonde, plus les troubles fonctionnels sont marqués, et, il n'est pas difficile de le deviner, plus les difficultés de l'opération s'accroissent.

Pour rendre à la voie génitale et à la voie digestive leur situation normale et leur indépendance réciproque, il ne faut pas seulement refaire les parois vulvo-vaginale et ano-rectale, il est nécessaire aussi de reconstruire ou de remplacer le matelas musculaire qui maintenait et soutenait ces deux organes. *Fermer le fistule est bien, consolider le périnée est mieux*; mais ce n'est pas tout, car il faut songer à l'avenir, aux grossesses futures. Il convient donc, non seulement, de réparer le périnée, mais encore de le renforcer, sans cependant en diminuer la souplesse. Je résumerai les résultats à obtenir de la façon suivante :

1° *Soulager les douleurs; remédier aux troubles fonctionnels, à l'incontinence des selles et des gaz, à la tendance au prolapsus, à la métrite enfin, toutes manifestations qui se produisent à plus ou moins longue échéance, et qui font parfois de véritables infirmes de ces malades;*

2° *Rétablir l'indépendance de la voie génitale et de la voie digestive;*

3° *Résister à un nouvel accouchement;*

4° *Permettre un nouvel accouchement sans y apporter d'obstacle.*

Il semble bien que les procédés classiques employés jusqu'à nos jours sont souvent insuffisants à satisfaire à toutes les conditions ci-dessus. Pozzi déclare qu'il lui est fréquemment arrivé d'intervenir dans des cas où de précédentes opérations avaient échoué.

Je n'ai pas trouvé, il est vrai, de statistiques concernant les suites opératoires à longue échéance des malades opérées de déchirures compliquées du périnée. J'ai l'impression, cependant, d'après ce que j'ai lu, à ce sujet, que les échecs ne sont pas rares. En outre, les cas où l'infection n'a pas produit de désunion septique des lèvres de la plaie résistent difficilement à un accouchement ultérieur. Il arrive que la périnéoraphie ancienne devient la source, à ce sujet, de gros ennuis, soit que la réparation trop fragile cède aux efforts, soit qu'une ou plusieurs brides cicatricielles opposent une barrière à la sortie du fœtus.

Je rappelle encore que la déchirure périnéale complète comprend deux lésions inséparables. Il s'ensuit que la réparation de l'une doit obligatoirement s'accompagner de la réparation de l'autre. J'entends par là que le nœud de la question se trouve dans ce corps périnéal, qui joue le rôle de coussinet intermédiaire au vagin et au rectum. Tout procédé opératoire qui visera uniquement la réparation de la brèche ano-vulvaire sera incomplet. Il doit logiquement s'accompagner de la reconstitution de cet espace pyramidal, de la réfection périnéale.

Le procédé que nous allons exposer cherche à atteindre ce but et à satisfaire ainsi aux conditions énumérées plus haut. Les observations qu'on lira plus loin nous permettent d'affirmer la constance du résultat. Comme on le verra, plusieurs de ces malades ont accouché, par la suite, d'une manière parfaite et sans aucune complication.

TECHNIQUE OPERATOIRE DE LA PERINEORAPHIE A LAMBEAU FESSIER

Léon Imbert a publié, en 1920, 1921 et 1923 (*American Journal of Surgery*, sept. 1920, p. 245; *Gynécologie et Obstétrique*, sept. 1920, p. 364; *Société de Chirurgie de Marseille*, 18 décembre 1920, in *Marseille Médical*, 1921, p. 369) le procédé qui fait l'objet de cette thèse; depuis, il en a modifié divers éléments, et l'exposé que nous en présentons aujourd'hui décrit sa technique actuelle, de même que les figures en sont originales.

Je rappelle tout d'abord que ce procédé, qui peut s'appliquer à toutes les déchirures du périnée, s'adresse de préférence aux déchirures complètes et compliquées, parce qu'elles sont les plus difficiles à guérir par les procédés habituels, tandis que le nôtre donne presque sûrement un résultat satisfaisant.

Je suppose donc que nous avons affaire à une déchirure du degré le plus avancé (fig. 2), de celles que l'on appelle compliquées, parce que ce n'est pas seulement la vulve qui communique avec l'anus, mais le vagin qui s'ouvre dans le rectum; la lésion a donc produit une sorte de cloaque qui retient quelquefois les matières solides, mais non les matières liquides et les gaz; en écartant de chaque côté les parties molles, on voit, plus ou moins haut, un éperon formé de l'union de la muqueuse rectale avec la muqueuse vaginale; c'est ce qui reste de la paroi recto-

vaginale. Nous pensons que la cause principale des échecs est dans la nécessité de suturer séparément les deux muqueuses, alors que les plans de suture demeurent superposés et solidaires l'un de l'autre; si l'un se désunit, il est bien difficile à l'autre de se maintenir: cette difficulté est, du reste, celle qu'avait envisagée Pozzi lorsqu'il a



FIG. 2. — Déchirure compliquée du périnée; le sphincter externe a été rompu. On voit le cloaque faisant communiquer le vagin avec le rectum. Dans le fond apparaît la cloison recto-vaginale.

décrit son procédé de mobilisation du rectum, qui semble, à l'heure actuelle, le plus employé.

Nous commençons par une longue incision transversale, telle qu'elle est représentée sur la figure 3; elle divise perpendiculairement à leur direction les deux lèvres de la déchirure; cette incision doit être assez profonde

pour atteindre l'éperon muqueux dont je viens de parler; non seulement elle doit l'atteindre, mais il faut qu'elle se prolonge par le dédoublement, le clivage de cette cloison: c'est ce temps que représente, assez imparfaitement, la figure 4. La longueur de cette première incision doit



FIG. 3. — Voie d'abord sur la cloison recto-vaginale; l'incision transversale laisse apercevoir cette dernière entre ses deux lèvres écartées.

atteindre 3 ou 4 centimètres de chaque côté de la ligne médiane, 6 à 8 centimètres en tout; cette dimension est nécessaire, parce que c'est sur elle que se modèlera la réparation autoplastique et que celle-ci doit avoir une ampleur suffisante. Il y a lieu de remarquer, du reste, que le chirurgien effectue ainsi une sorte de débridement qui ouvre un jour avantageux sur la profondeur du champ

opératoire, et notamment sur l'éperon, dont le clivage est rendu ainsi facile, même s'il est profondément situé.

Ces divers temps accomplis, on a ainsi séparé le vagin du rectum sur une hauteur de 2 à 3 centimètres; ils com-



FIG. 4. — La cloison recto-vaginale a été atteinte et dédoublée sur une certaine longueur. On en aperçoit, au centre de la figure, les deux feuillets accolés dont l'un va servir à refaire la face postérieure du vagin et l'autre la face antérieure du rectum. On a commencé à effectuer la suture du sphincter externe de l'anus. Un point a été passé, il ne reste plus qu'à le nouer.

muniqunt toujours, mais il est aisé, maintenant, de les isoler; une suture au catgut ferme le cylindre vaginal jusqu'à la vulve; une autre suture ferme de la même façon le cylindre rectal jusqu'à l'anus. Les deux cavités sont désormais isolées l'une de l'autre, mais elles ne le sont que par un plan de sutures muqueuses; or, les muqueuses rectale et vaginale sont essentiellement fragiles; elles se

déchirent aisément, les anses de fil les coupent, et il est impossible de les renforcer par une nouvelle suture faite sur place, en raison de l'insuffisante épaisseur des tissus. Il faut, de toute nécessité, les consolider. On peut, du reste, y arriver assez aisément. Du côté du vagin, on va

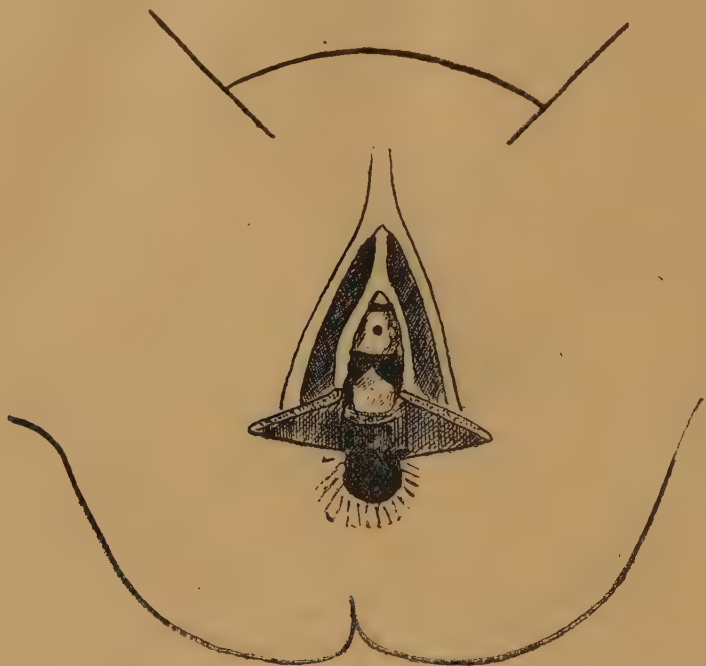


FIG. 5. — Même figure que précédemment. La suture du sphincter est terminée.

chercher les deux bords charnus des releveurs et on les suture l'un à l'autre; on double ainsi la muqueuse vaginale; du côté du rectum, on dégage et on suture les deux bords du sphincter externe déchiré par le traumatisme (fig. 5), mais le sphincter n'existe qu'en bas, et, plus haut, la muqueuse rectale suturée demeure sans soutien autre que l'union des deux releveurs; c'est une protection un peu précaire, et c'est évidemment ce détail

qui explique les échecs assez fréquents de la périnéoraphie.

C'est ici surtout que notre procédé se distingue de ceux qui sont actuellement classiques : il vise, en effet, à reconstituer le périnée au moyen d'un revêtement cutané plus résistant que la peau normale de la région, et surtout assez épais pour maintenir, mieux qu'il n'a été fait par les manœuvres précédentes, l'isolement respectif de la muqueuse rectale et de la muqueuse vaginale.

La figure 6 montre le tracé de ce lambeau : il est pris sur une fesse ou sur l'autre ; il est plus commode pour l'opérateur de le prélever sur la fesse gauche, qui est à sa droite ; il est nécessaire que l'incision verticale interne s'unisse exactement à l'extrémité de la première incision transversale. S'il en était autrement, en effet, il resterait un pont cutané sur lequel passerait le lambeau ; cela ne l'empêcherait pas, sans doute, de prendre, mais il y aurait lieu de faire une retouche pour détruire ce pont cutané, qui ne pourrait être qu'une source de désagréments pour l'opérée. Il se produirait ce qui se passe pour le lambeau frontal de la rhinoplastie, dans les cas où, la peau de la racine du nez étant intacte, on veut réparer une brèche bas-située ; il faut alors, dans un second temps, réséquer le pont cutané et ajuster la plaie d'emprunt d'une part et, d'autre part, la partie du lambeau qui a été utilisée. Mais cet inconvénient est inévitable dans certaines rhinoplasties, tandis qu'on l'évite très facilement dans notre périnéoraphie, si l'on a soin de brancher exactement l'incision verticale limitant le bord interne du lambeau sur l'extrémité de l'incision transversale ; il ne reste plus qu'à décoller l'angle droit ainsi dessiné sur la peau, pour que la réparation complète puisse être faite dans la même séance.

Quand on taille un lambeau indien, on a toujours des

inquiétudes sur sa vitalité; on prend donc un pédicule aussi large que possible; mais, comme il est facile de le comprendre, la largeur du pédicule diminue la longueur utile du lambeau. Il est une région du corps qui est spécialement privilégiée, c'est précisément celle où se prélève

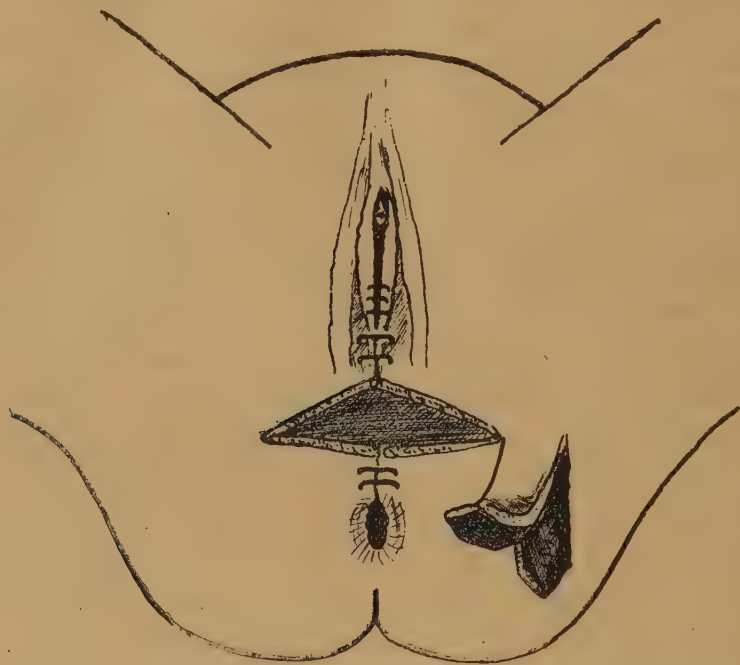


FIG. 6. — Taille du lambeau cutané. On remarquera que l'angle droit de l'incision périnéale correspond exactement à la base du lambeau.

le lambeau de la rhinoplastie, lequel tolère un pédicule étroit par rapport à une longueur considérable. Il ne saurait être question d'agir de même à la fesse; mais, en taillant un lambeau de 2 centimètres de large sur toute son étendue, avec une longueur égale à celle de l'incision primitive, soit 6 à 8 centimètres, on n'observe jamais de sphacèle important. Nous n'avons eu qu'une fois un léger sphacèle marginal, accident si fréquent dans les autoplus-

ties indiennes. C'est, en effet, que les téguments de la fesse ont une large vascularisation; c'est aussi que nous conseillons de tailler un lambeau épais, comprenant, outre la peau, déjà particulièrement épaisse dans cette région, tout le pannicule adipeux, lui-même fort abondant. Le lambeau est ainsi mieux nourri; mais, surtout, il a une qualité essentielle pour nous: nous comptons, en effet, sur son épaisseur pour l'insinuer, ainsi qu'un coin prismatique, entre la muqueuse rectale et la muqueuse vaginale, afin d'assurer leur isolement définitif. Enfin, le lambeau doit se terminer en pointe, puisqu'il doit s'adapter à l'angle dièdre gauche de l'incision transversale; sa largeur représentera la hauteur du nouveau périnée.

En somme, et pour me résumer, je dirai que le lambeau branché, ainsi qu'il vient d'être dit, sur l'incision de la fesse gauche, doit avoir un pédicule d'une largeur moyenne de 2 centimètres, une longueur de 6 à 8 centimètres et une épaisseur qui, comprenant tout le pannicule sous-cutané, atteint et dépasse facilement 2 centimètres. Cette épaisseur ne facilite pas, il s'en faut, les sutures; celles-ci doivent donc être faites avec soin; mais, en procédant avec méthode, on arrive toujours à les faire correctement.

Je suppose donc ce lambeau libéré avec les caractères que je viens de lui donner, l'angle de peau dégagé; le lambeau est alors appliqué transversalement; il est essentiel, ici, de « bâtir l'ouvrage » avant de le coudre, si l'on veut obtenir un bon résultat.

Le premier point doit unir l'extrémité aiguë du lambeau avec l'angle dièdre gauche de l'incision primitive; puis on fait deux ou trois points sur le bord inférieur et autant sur le bord supérieur; ils doivent être dirigés de telle façon que toujours la traction s'exerce sur le lam-

beau pour le tirer vers la gauche de l'opérateur. Les premières sutures sont fortement gênées par l'abondance du tissu graisseux, qui tend à faire hernie de toutes parts; un peu de patience et de méthode permet de venir à bout de cette difficulté. Il faut particulièrement soigner les

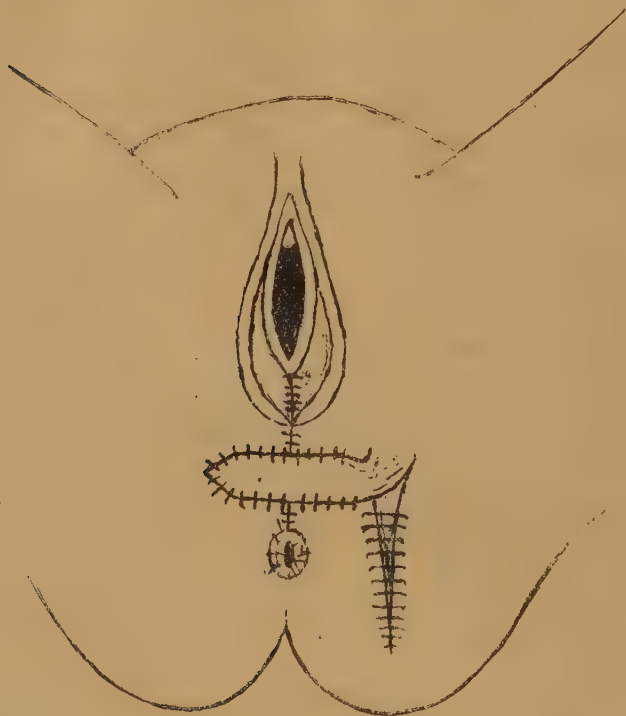


FIG. 7. — Aspect de la région après la mise en place du lambeau fessier et les sutures cutanées et muco-cutanées.

sutures au niveau où elles croisent celle du cylindre vaginal en haut et celle du cylindre rectal en bas. On termine par les sutures muqueuses et cutanées (vaginale et rectales), nécessaires pour une bonne coaptation et pour la réfection de la fourchette (fig. 7).

Cela fait, il ne resté plus qu'à combler la plaie d'emprunt, de telle façon que toute retouche soit inutile. Il est

bon, à ce moment, de faire rapprocher autant qu'on le peut les jambes de l'opérée; on facilite ainsi le glissement

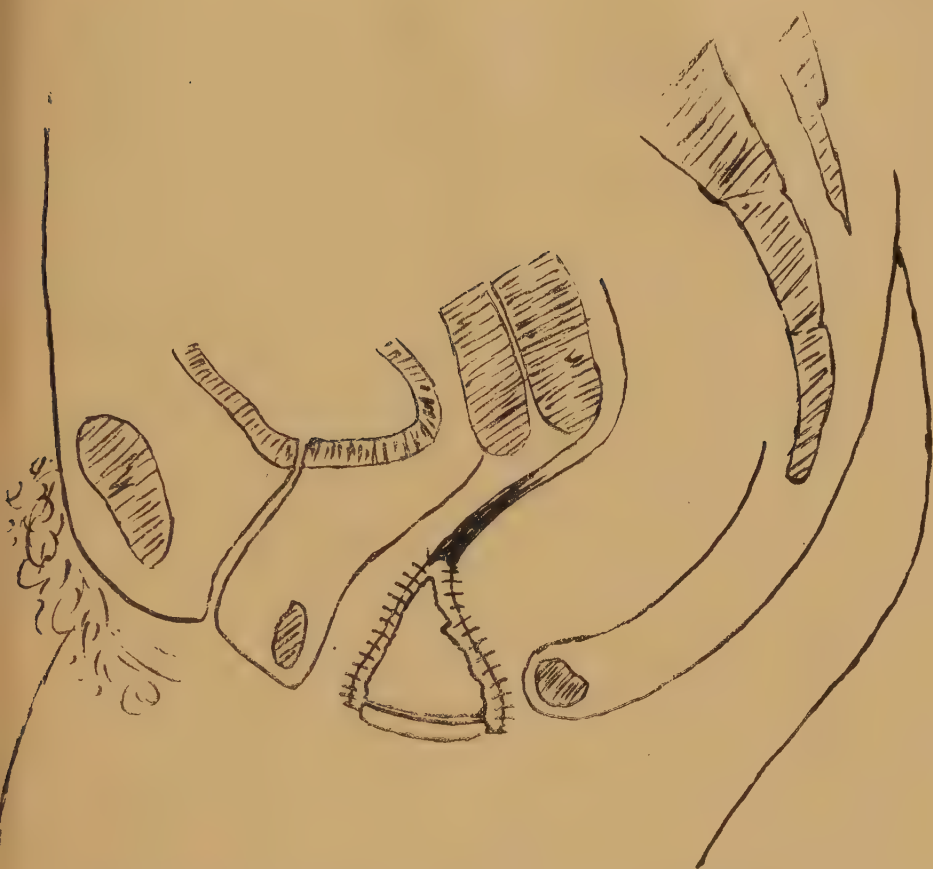


FIG. 8. — Coupe schématique du périnée montrant la substitution au corps périnéal détruit de l'épais lambeau fessier doublé de son pannicule adipeux.

des bords de la plaie; on pratique alors une suture verticale qui ne présente aucune difficulté particulière.

La figure 7 montre le lambeau vu de face; mais on comprendra mieux son action sur le schéma de la figure 8, qui figure la reconstitution du corps périnéal par le lam-

beau; celui-ci est fixé comme un coin entre le vagin et le rectum, et c'est lui qui fournit le point d'appui essentiel.

* *

Les *soins post-opératoires* sont ceux de toutes périnéographie. A l'hôpital, il faut mettre, pendant deux jours, une sonde à demeure, parce qu'on doit se méfier d'une rétention d'urine, laquelle exige l'intervention de l'interne de garde, qui délègue, naturellement, l'externe, lequel, ignorant radicalement la nature de l'opération, et se trouvant, il faut le reconnaître, dans des conditions matérielles détestables, introduit sa sonde au petit bonheur, parfois dans le vagin, plus souvent entre deux points de suture, exceptionnellement dans l'urètre. Dans une clinique, il est préférable de faire sonder la malade deux fois par jour.

Il est nécessaire aussi de procéder à des lavages journaliers, de donner des injections dans le vagin — et non ailleurs — d'assurer éventuellement l'évacuation d'un hématome, amorce d'un échec. La désunion des lignes de suture est beaucoup moins à craindre, ici, que dans les périnéographies classiques; on peut donc, sans inconvénient, faire lever la malade au quinzième jour.

PROCÉDÉ L. TRIFAUD

L. Trifaud a publié, en 1921, un procédé de périnéoplastie qu'il a dénommé la « colpopérinéographie en sangle ». Ce procédé s'adresse, de préférence, aux grands prolapsus des vieilles femmes, aux déchirures du périnée avec gros délabrement du releveur de l'anus. La myorraphie devient alors illusoire et l'auteur a cherché à y remédier par une myoplastie élégante. Nous allons rapidement

l'exposer ici, comme un autre type de périnéoraphie à lambeau, bien que ce procédé soit tout à fait différent du nôtre.

« Etant donné que la réfection du nœud central du périnée est primordiale, nécessaire; étant donné, d'autre part, que ni périnée, ni releveur, n'offrent d'élément plastique utilisable », on prélève, à gauche et à droite de la vulve, sur chaque fesse, deux lambeaux musculaires à pédicule pubien. « Les faisant pivoter autour de ce point fixe, on les rabat, les suture l'un à l'autre, en plein périnée, entre vagin et rectum préalablement décollés, constituant ainsi un plan musculaire aussi volumineux que l'on peut le désirer, une sangle vivante, qui soutient le périnée. »

L'auteur conseille de faire le prélèvement du lambeau sur le chef moyen du grand adducteur, dont la vitalité se trouvera parfaitement assurée dans la suite, et de lui réserver 15 centimètres de longueur sur 5 de largeur et 2 d'épaisseur. La voie d'abord est une incision transversale semblable à la nôtre, mais plus étendue, menée d'une branche pubienne à l'autre, passant à égale distance de la commissure vulvaire et de l'anus, « pour aboutir latéralement à un travers de doigt au-dessus des ischions ». A chaque extrémité de cette incision, on en branche une autre, longue de 15 centimètres, et qui suit le bord saillant du grand adducteur.

Cette technique a été appliquée une fois et a donné un excellent résultat immédiat; mais il a été impossible à Trifaud — qui a perdu la malade de vue — de savoir si les lambeaux ont conservé leur contractilité, ou s'ils ont fait bloc cicatriciel.

RESULTATS OPERATOIRES

Ainsi qu'on le verra plus loin, nous avons pu retrouver douze malades opérées par ce procédé; deux ou trois observations ont été égarées; elles datent de l'époque un peu troublée qui a suivi l'armistice. Deux de nos cas appartiennent à M. de Vernèjoul, qui a bien voulu nous les communiquer.

Je note, tout d'abord, qu'aucune malade n'est décédée des suites de l'opération; notre procédé ne présente certainement pas plus de gravité que les procédés classiques de périnéoraphie.

Ces opérées se répartissent en deux groupes :

1° *Déchirure complète, avec rupture seulement partielle du sphincter* et incontinence intermittente, surtout pour les matières liquides :

Six cas opérés; toutes les malades ont guéri de l'opération (l'une d'elles, n° 5, est morte quelques mois après, d'un cancer de l'utérus qui a nécessité ultérieurement une hystérectomie abdominale).

2° *Déchirure complète avec rupture complète du sphincter*, paroi recto-vaginale déchirée à des degrés divers; incontinence même pour les matières solides :

Six malades opérées; toutes ont guéri. Non seulement la déchirure a été parfaitement réparée chez toutes ces malades, mais l'incontinence a complètement disparu.

En somme, toutes nos malades, sans exception, ont guéri opératoirement et fonctionnellement. Cependant, nous avons observé deux fois la désunion du lambeau, dont une fois avec léger sphacèle marginal, mais toujours la réunion secondaire a conduit à la guérison définitive; l'une de ces malades présentait cependant une rupture complète du sphincter et de la cloison.

Plusieurs des malades dont nous citons plus loin les observations avaient été opérées antérieurement et sans succès.

Chez la malade n° 2, bien qu'il ne s'agit que d'une rupture partielle du sphincter, une périnéoraphie immédiate, obstétricale, avait échoué; une autre opération de réparation chirurgicale ultérieure n'avait pas mieux réussi; la périnéoplastie à lambeau put seule donner la guérison; encore est-ce une des deux malades chez lesquelles le lambeau a subi une désunion partielle. La malade numéro 6, atteinte de déchirure complète, avait subi sans succès deux périnéoraphies antérieures. La malade numéro 9 avait été suturée au moment de l'accouchement sans résultat. La malade numéro 12 avait subi, six semaines avant, une tentative de restauration qui avait complètement échoué.

Chez ces quatre malades, on avait donc fait sans succès diverses tentatives de réparation obstétricale ou chirurgicale.

*
* *

Notre procédé, en reconstituant un corps périnéal épais et résistant, à surface cutanée convexe, fournit aux organes un point d'appui qui n'est pas négligeable, au cas de déchirure déjà compliquée d'un certain degré de pro-

lapsus. La malade numéro 5 était dans ce cas et le prolapsus ne reparut point. Malheureusement, elle mourut de récidence de cancer. Pour la malade numéro 9, il existait également un prolapsus peu marqué, mais pénible, qui l'avait obligée à porter un pessaire, lequel était, du reste, fort mal supporté. Tous ces troubles ont disparu après l'opération.

* * *

La question la plus importante est celle des accouchements ultérieurs. On pourrait craindre ou qu'ils soient gênés par la présence d'une pièce cutanée transversale, ou que, au contraire, la déchirure se reproduise. Or, quatre de nos opérées ont accouché. La première, dont il a été question dans un article publié, en 1920, dans *Gynécologie et Obstétrique*, a accouché deux fois sans difficultés; mais c'est une des observations qui ont été perdues.

D'autres ont été revues: les accouchements ont été normaux; le périnée a parfaitement résisté dans tous les cas. Chez la malade numéro 1, nous avons pu avoir des renseignements plus détaillés: le travail a duré six heures, l'expulsion une demi-heure; l'accouchement ne paraît donc pas avoir été gêné.

Du reste, quand on revoit les opérées qui l'ont été suivant la technique indiquée dans cette thèse, on se rend compte que le périnée ainsi reconstitué est plus solide qu'un périnée normal; il est barré, en effet, par la peau fessière, qui est épaisse et présente une résistance parfaite. Si on voulait détruire l'obstacle, on ne pourrait le faire qu'avec un bistouri ou des ciseaux.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme M..., épouse G..., 26 ans, sans profession, entrée le 31 octobre 1922. Déchirure datant de deux mois (premier accouchement très difficile).

Examen. — Déchirure complète du périnée, avec rupture partielle du sphincter; incontinence intermittente, même pour les matières solides. Utérus en rétroflexion bombant dans le rectum, col piriforme, légèrement entr'ouvert, dur, rejeté en avant. Annexes normales, bien réglée.

Intervention le 9 janvier 1923: incision transversale, dédoublant la paroi recto-vaginale. La paroi vaginale est suturée sans résection; la paroi rectale est suturée de son côté. Un lambeau vertical est taillé sur la fesse gauche et suturé dans la plaie. Rachianesthésie à la syncaïne (8 centigrammes). Sortie guérie le 3 février 1923. Cette malade a accouché de nouveau le 24 mars 1926. La durée du travail a été de six heures, celle de l'expulsion d'une demi-heure. Le lambeau a parfaitement résisté.

OBSERVATION II

Mme L. F..., épouse F..., 28 ans, ménagère, entrée le 21 octobre 1923. Déchirure du périnée opérée et récidivée;

accouchement laborieux au forceps en 1912; suture après l'accouchement sans résultat. Une périnéoraphie, faite dans le service en 1916, n'a donné qu'un résultat provisoire et la malade hésite à se faire opérer de nouveau. Pertes blanches abondantes et douleurs à droite.

Examen. — La lèvre antérieure du col est épaissie; l'orifice entr'ouvert permet l'entrée de l'index. Utérus petit, mobile; les culs-de-sac sont libres. Très léger prolapsus, cystocèle et rectocèle. Déchirure complète du périnée, avec quelques petites hémorroïdes. La déchirure est totale, mais le sphincter n'est que partiellement intéressé. Incontinence intermittente des matières liquides.

Opération le 30 octobre 1923. Périnéoplastie à lambeau fessier, après isolement de la muqueuse rectale et de la muqueuse vaginale, qui sont suturées séparément. Le 19 novembre 1923, le lambeau autoplastique s'est partiellement désuni, mais la réparation s'effectue ensuite par seconde intention.

La malade est sortie guérie.

OBSERVATION III

Mme N.... épouse G..., 29 ans, ménagère. Entrée le 21 avril 1922, pour déchirure du périnée survenue à la suite d'une application de forceps, il y a deux ans et demi. Antécédents: appendicectomie en 1921.

Examen. — Déchirure périnéale ayant complètement détruit le sphincter et intéressé la cloison. Incontinence, même pour les matières solides. Pas de prolapsus génital. Opérée le 9 mai 1922. Incision transversale, isolement et suture de la paroi rectale et de la paroi vaginale. Taille d'un lambeau cutané vertical sur la fesse gauche et suture

de ce lambeau entre les deux cylindres vaginal et rectal.

Rachianesthésie: novocaïne, 8 centigrammes.

Suites opératoires. — Sphacèle marginal du lambeau le 18 mai 1922. On fait une suture secondaire.

Le 23 juin 1922, la malade sort: cicatrisation par seconde intention; l'orifice vaginal est bien séparé de l'orifice anal.

Le 18 juillet 1922, la malade revient se faire examiner: bon périnée, un peu court, mais avec un épais noyau superficiel résistant. Il n'y a plus d'incontinence des matières.

OBSERVATION IV

Mme A. G..., 24 ans, sans profession. Entrée le 24 mars 1922, pour déchirure du périnée.

Accouchement, il y a cinq mois, d'un enfant né à terme, vivant. Application de forceps à la suite de laquelle se produit une déchirure du périnée.

Elle n'en souffre pas et n'en est pas gênée.

Examen. — Déchirure complète du périnée n'intéressant que partiellement le sphincter anal. Pas de prolapsus génital. Partie sans intervention, à cause de ses règles.

Revient pour se faire opérer le 18 mai 1922. Opération le 27 mai: incision transversale, isolement des muqueuses ano-rectale et vulvo-vaginale. Taille d'un lambeau sur la fesse gauche. Ce lambeau est suturé au bord de l'incision précédente.

Suites opératoires. — Le 21 juin, cicatrisation complète; le lambeau a bien tenu.

Sort guérie le 25 juin.

Vient se faire examiner le 7 mars 1924. A cette date, est enceinte de huit mois; le lambeau a très bien tenu.

Elle a été revue après son accouchement. Le périnée a parfaitement résisté; il est solide, épais, convexe. L'anus est bien fermé, l'utérus est haut.

OBSERVATION V

Mme H. N..., 51 ans, sans profession. Entrée le 18 octobre 1923. Prolapsus génital; déchirure presque complète du périnée; un seul accouchement datant de trente ans.

Depuis quatre ans environ, la malade voit apparaître, surtout après la fatigue, le col de sa matrice au niveau du vagin. Elle porte un pessaire qui a fini par provoquer des ulcérations et des douleurs, ce qui décide la malade à entrer à l'hôpital.

Examen. — Au moment de son entrée, prolapsus complet au troisième degré. Issue complète du col en position debout. Sous l'influence d'un repos de quelques jours, l'utérus ne sort plus spontanément, ni même dans les efforts.

Déchirure presque complète. Large cystocèle.

Opération le 23 octobre. Colpopérinéographie. Réfection du périnée par lambeau fessier gauche, après dédoublement de la paroi recto-vaginale.

Rachianesthésie à la novocaïne (8 centigrammes).

L'examen microscopique de l'ulcération ayant révélé sa nature néoplasique, M. le docteur Hayem pratique, sous anesthésie au chloroforme, le 28 novembre 1923, une hystérectomie abdominale totale.

Quelques mois après, on constate une bonne reconstitution du périnée, mais la malade succombe bientôt, de récurrence cancéreuse.

OBSERVATION VI

Mme J. F..., 34 ans. Entrée le 4 novembre 1922.

Déchirure du périnée datant de dix ans, ayant succédé à un premier accouchement difficile (forceps).

La malade perd ses matières. Elle a été opérée, trois mois après son accouchement, de colpopérinéoraphie. Insuccès complet. Opérée cinq ans après. Nouvel insuccès.

Entre à l'hôpital de 4 novembre 1922.

Examen. — Large déchirure du périnée. Le sphincter est complètement détruit et la paroi recto-vaginale est intéressée.

Intervention le 20 novembre 1922. Incision transversale permettant de décoller et d'isoler la paroi vaginale de la paroi rectale. La muqueuse vaginale n'est pas réséquée, mais plissée; réfection de la vulve. La muqueuse rectale est également suturée. Réfection de l'anus. Un grand lambeau vertical est pris sur la fesse gauche, appliqué et suturé sur la perte de substance.

Cicatrisation complète le 20 décembre 1922. La malade est sortie guérie.

OBSERVATION VII

Mme J. C..., épouse J..., 35 ans. Entrée le 15 juin 1920. Déchirure complète, prolapsus léger, incontinence intermittente, rupture partielle du sphincter. Opération: colpopérinéoraphie autoplastique à lambeau fessier.

Revue le 5 avril 1927; n'a pas eu d'enfant. Le périnée est solide, le lambeau intact; pas d'incontinence; à 2 centimètres au-dessus de la vulve, on perçoit un demi-dia-

phragme inférieur résistant qui paraît correspondre à la suture des releveurs.

OBSERVATION VIII

Mme E. W... Entrée le 19 avril 1920.

Nous ne possédons sur cette opérée qu'une courte note et nous n'avons pas pu retrouver la malade. Nous savons seulement qu'atteinte de déchirure complète du périnée, avec rupture du sphincter et incontinence intermittente, elle a été opérée de périnéoraphie autoplastique par notre procédé.

Elle est sortie guérie de l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION IX

Mme B..., 32 ans. Opérée le 28 janvier 1927.

Déchirure complète, avec suture faite au moment de l'accouchement, et qui s'est entièrement désunie.

Grosse cystocèle douloureuse.

Rupture partielle du sphincter, avec incontinence intermittente.

Opération: colporaphie antérieure et périnéoraphie à lambeau autoplastique par notre procédé.

Sortie guérie.

Revue, trois mois après, avec un périnée parfaitement résistant. L'incontinence a disparu.

OBSERVATION X

Mme P..., 22 ans. Entre à l'hôpital le 3 mars 1927, pour déchirure du périnée consécutive à un accouchement très

pénible, survenu il y a six mois (quatre applications de forceps, enfant mort).

Opérée, il y a un an, d'adénome du sein.

Examen. — Déchirure complète remontant sur la paroi recto-vaginale. Incontinence intermittente pour les matières liquides et les gaz.

Opération le 7 mars 1927. Périnéoplastie à lambeau fessier gauche. La malade sort guérie le 26 mars 1927; l'incontinence a complètement cessé.

OBSERVATION XI

(due à M. le Docteur de Vernejoul)

M. L..., jeune femme de 29 ans, ayant deux enfants. Au cours du dernier accouchement, déchirure complète du périnée, avec rupture du sphincter anal. L'accident remonte à cinq mois.

Intervention le 30 mars 1923, sous anesthésie générale à l'éther. Incision transversale, après dédoublement recto-vaginal, suture du sphincter anal et suture des releveurs. La cavité est ensuite comblée, suivant la technique de M. le professeur Imbert, par une greffe autoplastique taillée verticalement sur la fesse gauche, basculée de gauche à droite et suturée transversalement aux bords de l'incision primitive.

Cicatrisation par première intention. Résultat immédiat excellent.

Nous avons eu l'occasion de revoir cette malade en 1924. Depuis son intervention, elle eut une troisième grossesse et accoucha sans que sa plastie périnéale fût endommagée.

OBSERVATION XII

(due à M. le Docteur Vernejoul)

J. R..., 33 ans. A la suite d'un accouchement remontant à quatre mois, déchirure totale du périnée, avec déchirure de la cloison recto-vaginale dans sa partie inférieure.

Une première tentative de restauration du périnée a été faite, il y a six semaines, environ, mais a été suivie d'un échec complet.

Intervention le 26 mai 1923, sous rachianesthésie.

Incision transversale et dédoublement de la cloison de chaque côté de la déchirure. Suture des releveurs et suture aussi bonne que possible du sphincter anal. Les muqueuses vaginale et rectale sont régularisées et suturées au catgut. La cavité ainsi créée est comblée par un lambeau taillé verticalement sur la fesse gauche, basculé sur son pédicule et suturé transversalement aux bords des muqueuses.

Résultat immédiat aussi satisfaisant que possible, quoique le résultat esthétique soit moins bon que dans notre première intervention. La malade est revue, trois mois plus tard, en parfait état, puis perdue de vue.

CONCLUSIONS

I. — Nous avons décrit dans ce travail un procédé de périnéoraphie autoplastique qui s'adresse surtout aux cas les plus graves de déchirure du périnée (déchirures complètes, avec rupture plus ou moins étendue du sphincter et même de la cloison recto-vaginale).

II. — Nous avons apporté une statistique qui renferme tous les cas qui ont été opérés (à l'exception de deux ou trois cas perdus de vue et opérés peu de temps après la guerre). On a toujours obtenu par *une seule opération* le double résultat de rétablir la cloison recto-vaginale et ano-vulvaire, et de faire disparaître les troubles fonctionnels, et notamment l'incontinence des matières. Il n'y a eu, en somme, ni décès, ni insuccès, bien que quatre de nos malades eussent été opérées antérieurement sans résultat.

III. — La réparation ainsi effectuée résiste à un nouvel accouchement sans le gêner; quatre de nos opérées ont accouché sans difficulté et sans nouvelle déchirure.

IV. — Enfin, il nous paraît que ce procédé peut trouver son application dans les cas de déchirure compliquée de léger prolapsus, parce qu'il rétablit assez efficacement un corps périnéal.

BIBLIOGRAPHIE

- BOURSIER et AUVRAY. — Précis de Gynécologie. Doin, éd.
- BAR (F.), BRINDELAU (A.) et CHAMBRELENT (J.). — La pratique de l'art des accouchements, 3^e édition, p. 649-656.
- BALARD (F.). — La périnéoraphie immédiate secondaire (de la place qu'il convient de lui attribuer dans le traitement des déchirures du périnée). *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 1921, p. 493-498.
- La périnéoraphie. immédiate secondaire. *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, Paris, 1922.
- BRANDESS. — La suture secondaire du périnée est-elle recommandable ou non? *Zentralblatt f. Gynæk.*, 22 mai 1926.
- BERNSTEIN (H.-A.). — The immediate operation for perineal lacerations. *American Journal Medical Association*, 1917.
- BANGHMAN (G.). — Experiences with a method of immediate repair of perinal lacerations. *Am. J. of Obstétr.*, 1914, p. 810-820.
- BOYD (G.-M.). — Complète lacération of the perineum. *American Journal of Obst.*, LXXVIII, p. 434-438.
- BISHOP (W.-H.). — Method of suturing ruptured perineum. *Lancet*, London, 1917, I, p. 761.

- CHERRY (T.-H.). — Secondary perineal repair; description of a simple technique. *Surg. Gynecol. et Obstétr.*, Chicago, 1922, xxxiv, p. 803-807.
- CRILE (G.-W.). — Ruptured perineum. *Med. Press. et Circ. London*, 1915, xcix, p. 164.
- CAMPBELL (J.-L.). — Immediate repair of lacerations of the perineum; report of cases. *Am. J. Med. Ass.*, 1914, p. 291-296.
- CAZIN. — La périnéorrhaphie sans sutures cutanées. *Paris Chirurgical*, 1913, v, p. 835-837.
- DICKINSON (R.-L.). — Primary perineoraphy by buried and subsurface catgut suture. *New-York Med. J.*, etc., 1914, c, p. 157-160.
- EXCHAQUET (E.). — Contrôlez et réparez les ruptures du périnée sous anesthésie locale. *Clinique, Paris*, 1922, xvii, p. 202.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale, Paris, 1923. Doin, édit.
- GAUSSLE (H.-F.). — Klinische Erfahrungen ü. 138 Fällen von kompletten Dammriss. *Monatschrift, f. Geburtshilfe u. Gynâkol*, Berlin, 1919, xlix, p. 243-279.
- GIBSON (G.). — Two cases of complete procidentia with complete laceration of the perineum. *Medical Record, New-York*, 1917, xci, p. 346.
- HIRST (B.-C.). — The technic of pelvic floor repair. *Ann. Surg.*, 1917, lxxv.
- HARTMANN. — La périnéorrhaphie dans les déchirures complètes. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, Paris, 1909.
- IMBERT (Léon). — Périnéoplastie à lambeau pour déchirure complète du périnée. *Gynécologie et Obstétrique*, Paris, 1920, p. 364.

- *Marseille Médical*, 1921, p. 369.
- A new operation for complete tears of the perineum. *American Journal of Surgery*, New-York, 1920, p. 245.
- LA TORRE (F.). — Sulle lacerazioni perineali. *Clinica Obstetrica*, Roma, 1916.
- LUQUE. — La operacion de Imbert en los desgarrros perineales completos. *Med. Ibera*, Madrid, 1921.
- POZZI (S.). — Procédé de périnéorrhaphie dans le cas de rupture complète du périnée, avec ou sans déchirure de la cloison (mobilisation du rectum). *Bull. Soc. d'Obstétr. et de Gynécol.*, Paris, 1914.
- *Id. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, Paris, 1916.
- PULVERMACHER. — Sur la suture secondaire des déchirures périnéales du troisième degré dans les suites de couches. *Zentralblatt f. Gynäkologie*, 1926.
- PORTER (W.-D.). — A method of placing sutures in immediate repair of the perineum. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gynecol.*, New-York, 1920.
- The method of placing sutures in immediate repair of the perineum. *American Journal Obstétr. Gynécol.*, New-York, 1919.
- PLOCHON (R.). — Zur Frage des kompleten Dammrisses. Stuttgart, 1913.
- PAYNE (R.-L.). — A technic for the repair of relaxed or lacerated perineum. *Amer. Journ. Med. Assoc.* Chicago, 1922.
- TWEEDY (E.-H.). — Lacerations of the perineum and their treatment. *Dublin J. M. Sc.*, 1914.
- *Id. Tr. Roy. Acad. Ireland*, Dublin, 1914.
- WEATHINS (T.-J.). — Périnéorrhaphy for complete laceration. *Surg. Gynec. et Obst.*, Chicago, 1921.

TABLE DES MATIERES

2

AVANT-PROPOS	9
Notions préliminaires	11
Considérations anatomiques	15
Les ruptures du périnée et leurs formes anatomo- cliniques	18
Les conditions d'une bonne périnéoraphie.....	24
Technique opératoire de la périnéoraphie à lambeau fessier	26
Résultats opératoires	38
Observations	41
CONCLUSIONS	49
BIBLIOGRAPHIE	50

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

*Sur un procédé de Périnéoraphie par
Autoplastie Cutanée.*

Par M. Raymond IMBERT.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 7 Avril 1927.

Le Professeur,
FORGUE.

Vu

Montpellier le 21 Avril 1927.

Le Doyen,

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer

Montpellier, le 21 Avril 1927.

Le Recteur,
Jules COULET.

